

Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

SUMARIO:

Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos sanguíneos del cuello, por el Dr. Abelardo Lloret. (Continuación.)

La clínica y la química en las gastropatías, por el Dr. Francisco Reig.

Sesiones científicas del Instituto Médico Valenciano: Sesión apologetica del 31 de Marzo de 1911. Discusión del Tema presentado por el Dr. Vila Barberá, en la sesión celebrada el día 21 del mismo mes.

Revista de revistas.

Varia: Sección de Medicina del Instituto.—Comisión de Higiene y Epidemiología del mismo.—Comisión de Cirugía del mismo.—Avisos de Corporaciones.

Memorias premiadas por el Instituto: *Las localizaciones cerebrales*, primer premio del certamen correspondiente al año 1910, por el Dr. D. Jesús Marín Agramunt.

Heridas accidentales y operatorias de los gruesos vasos sanguíneos del cuello

Por el Dr. Abelardo Lloret

III

Las heridas de la yugular interna son todavía más graves y comprometidas que las de las carótidas: las venas del cuello situadas en un desdoblamiento de los planos aponeuróticos permanecen abiertas cuando se las secciona; la hemorragia de la yugular interna es terrible, algunas veces fulminante por la gran capacidad de esta vena, desprovista de válvulas, y porque sus relaciones íntimas con los senos de la dura madre hace que estos remaneros sanguíneos se vacíen rapidísimamente, determinando la muerte por anemia cerebral agudísima. En aquellos casos en que la intervención es todavía posible, la mejor conducta á seguir es, ligar los dos extremos de la vena en la herida; la ligadura total circunferencial de los dos cabos es indispensable. La clínica ha sancionado el viejo precepto de Guthrie; los estudios de Sappey y Nicaise han demostrado que la multiplicidad de las vías venosas supletorias, la derivación fácil de la sangre por las yugulares posteriores y las venas raquidianas, ponen al abrigo de los accidentes cerebrales por repleción y nuestros medios asépticos evitan la flebitis. Claro que la intervención es una de las más penosas: salvaréis al herido si sabéis lo que hay que hacer y si lo hacéis rápida y metódicamente (Lejars).

He aquí un caso interesante de mi práctica: Un hombre, joven y robusto, fué herido por su novia de una puñalada en el tercio inferior del cuello, en mitad de la calle de la Reina (Grao). Hubo hemorragia primitiva de consideración, pero el enfermo, hombre sereno

y animoso, se hizo con un pañuelo el taponamiento, que le permitió llegar á la Casa de Socorro. La herida, situada á tres centímetros por detrás del borde posterior del externo-cleido-mastoideo, se dirigía hacia adentro y abajo en la dirección de los gruesos vasos del cuello; su trayecto era pues tortuoso, oblicuo, y gracias á esta disposición anatómica el enfermo pudo recibir auxilios facultativos. Se le hizo un taponamiento antiséptico con gasa iodofórmica y se le colocó un vendaje compresivo bien almohadillado y se aconsejó un reposo absoluto. Yo fui llamado por la familia para ver al enfermo al anochecer, cuatro ó cinco horas después del accidente, y aun cuando la compresión había realizado á su manera la hemostasia *preparatoria*, el cuello empezaba á distenderse, si bien no existía de momento dificultad respiratoria. Espectación armada. La noche fué intranquila, hubo dolores en el cuello, algo de fiebre, quejándose el herido de la inmovilidad absoluta á que se le tenía sujeto. A la mañana siguiente el apósito estaba empapado de sangre, y descubierta la herida un hilillo de sangre roja corría á lo largo del extremo de la gasa-tapón. Se intentó retirar la mecha de gasa y una oleada de sangre hizo que se taponase precipitadamente la herida.

Encargado por la familia de la asistencia médica del herido, ordené el traslado á su domicilio y expuse claramente la gravedad alarmante del caso y la necesidad y urgencia de una operación gravísima. En vista de que la infiltración sanguínea aumentaba y la disnea aparecía, se dispuso todo para la práctica de una operación aséptica. Aun hubo, como pasa frecuentemente en las familias, su expediente dilatorio, una noche más de peligrosa intranquilidad, aunque sometido el herido á una estrecha vigilancia facultativa, y á las ocho de la mañana siguiente tuvo lugar una consulta con dos distinguidísimos compañeros, médico muy notable y allegado á la familia el uno, y cirujano de los más reputados de la capital el otro. Defendí la urgencia de una intervención inmediata que estimaba indispensable, y como no hubo en aquella reunión unanimidad de pareceres, por lo menos en cuanto hacía referencia al momento de intervenir, ya que en la necesidad de la intervención los cirujanos anduvimos de acuerdo, planteé ante la familia la cuestión de confianza. Y obtenida ésta sin regateos y privado muy á mi pesar de la valiosa cooperación de mis compañeros de consulta, que se quedaron á presenciar los dos el acto quirúrgico, del que iba á ser yo única y absolutamente responsable; y asistido por el Dr. García Donato, entonces casi mi discípulo, con el auxilio del Dr. Bueso, de la Casa de Socorro, de A. Montoro, á la sazón estudiante, y á presencia del médico forense, procedimos á la operación.

Cloroformado el paciente y trasladado á la cama de operaciones, se nos presentó la primera duda: ¿qué vaso estaba herido? En la región inferior del cuello, hay un punto en que la punta de un cuchillo puede herir la carótida, la vertebral, la tiroidea inferior y la vena yugular interna; ¿había un vaso herido ó eran varios los lesionados? ¿Cabía la posibilidad de diagnosticar, en aquellas circunstancias apremiantes, la aparición de un aneurisma arterio-venoso? Yo, no dí importancia á nada de eso, y como en aquellos momentos, más que de dudas, necesitaba afirmaciones, como base de una acción decisiva, encomendé á la intervención quirúrgica la última palabra del diagnóstico. Había ya una hematoma pulsátil, la carótida transmitía á la sangre infiltrada sus latidos; la herida estaba fuera de la ruta de los grandes vasos y no me convenía seguir aquella vía. Incindí la gotiera carotídea desde las proximidades del hioides, hasta el hueso supra-esternal, grande incisión que me diera mucha luz; seccionado el cutáneo y la aponeurosis, descubrí pronto el borde anterior del externo-cleidomastoideo, envuelto y como rodeado de una espesa capa de infiltración san-

guínea. Estábamos en el foco hemorrágico; corté el músculo transversalmente un poco por debajo del tubérculo carotídeo y movilicé sus dos extremidades hacia arriba y hacia abajo. Separamos rápidamente la gasa tapón y con ella una cantidad enorme de coágulos. Una servilleta compresada relleno la herida, mientras colocaba los dilatadores de Farabef convenientemente. La sangre infiltrada borraba los detalles anatómicos, pero al retirar prudentemente la compresa, levantando y reclinando hacia afuera con el índice todo el paquete vasculo-nervioso del cuello, saltó un grueso chorro de sangre del cabo distal de la yugular interna, seccionada completamente al través. Una pinza de Kocher ocluyó instantáneamente la vena. Buscamos el extremo inferior, retirando prudentemente la compresa, y pudimos notar claramente, que durante la espiración, daba salida á una gran cantidad de sangre, y colocamos á una profundidad grande dos pinzas sobre el extremo central del vaso.

Dueños del campo operatorio, exploramos la herida: el cuchillo había penetrado por debajo del músculo externo mastoideo, había seccionado la vaina aponeurótica del músculo, su hoja profunda y la vaina propia del paquete vasculo-nervioso, seccionando aquel elemento la vena yugular, que se encontró más directamente con la hoja vulnerante por ser más externa, respetando completamente la arteria carótida y el pneumogástrico. Se ligó fácilmente el extremo periférico, aislando bien el pneumogástrico adherente á la vaina vascular y penosamente el extremo central por debajo de las pinzas á una profundidad grande, por ser el cuello grueso y la infiltración de los tejidos grande. Como las pinzas ocluían perfectamente la vena, que no dió nada de hemorragia después de colocadas, y como además bien envueltas en tiras de gasa aséptica no perjudicaban, las dejé en la herida bien aisladas por temor á que la corriente espiratoria, de reflujo grande en este sitio por la proximidad del corazón, hiciese saltar la ligadura. Cohibida completamente la hemorragia y limpio el foco con compresas asépticas, procedimos á la sutura del externo mastoideo, practicando como siempre la doble sutura de sostén y de apartamiento, reconstituyendo con puntos complementarios de catgut todo el estuche aponeurótico del músculo. Se suturó totalmente la herida, menos el espacio requerido para la salida de las dos pinzas, y se aprovechó la herida primitiva, para hacer llegar al fondo una pequeña mecha filtrante. Se terminó colocando una especie de minerva, que mantenía ligeramete en flexión la cabeza. Curso aséptico de la herida y reunión por primera intención; las pinzas fueron retiradas al quinto día y la cicatriz del músculo fué tan perfecta que el operado, dado de alta á los veinte días, mueve perfectamente la cabeza en todos sentidos.

Aquí vendría bien hacer un estudio de los nuevos procederes de hemostasia en heridas de las venas; me refiero á la sutura venosa y sus variedades; pero no debemos alargar inconsideradamente este artículo. Digamos solamente que la sutura debe teóricamente asegurar la hemostasia, conservando el vaso un calibre suficiente. La sutura circunferencial por invaginación de Murphy, ó por adosamiento (*acollement*) de Carrel, es aún un proceder de Laboratorio, sobre todo en sus aplicaciones á las heridas totales de la yugular interna: aplicada á vasos de los miembros axilar, humoral y femoral, ha dado ya en clínica algún resultado positivo. La sutura lateral cuenta más éxito; yo no titubearía en aplicarla en la vena porta ó en la vena cava inferior, grandes colectores, vías únicas de acarreo centripetas que no pueden ligarse circunferencialmente; y en cuanto á las llamadas suturas con soporte, de aluminio, de cristal ó de marfil, pertenecen de lleno á la Fisiología.

No terminaremos este modesto trabajo sin decir cuatro palabras acerca de la entrada del aire en las venas á propósito de un caso personal de nuestra práctica. Yo creo que

este accidente se ha exagerado como frecuencia y como peligro: mi práctica de cirugía del cuello es ya bastante extensa, pues dirigiendo un servicio de cirugía general, donde se practican más de seiscientas operaciones al año, no es extraño que el número de mis intervenciones de cuello sea grande, y sin embargo, hasta estos últimos meses no había tenido ocasión de percibir el silbo que tanto asustaba á Dupuytren. Que en el cuello existen zonas peligrosas, es cierto; y que son las secciones transversales de la yugular externa en la fosa supra-clavicular, cerca del golfo que hace este vaso para abocar en la sub-clavia las heridas en que aquel fenómeno se determina, lo saben bien los cirujanos. Yo he resecaado algunas veces extensas porciones de la yugular interna al extirpar neoplasmas adherentes, y especialmente gruesos y antiguos racimos de ganglios tuberculosos, y esas variedades de epitelomas branquiógenos que tantas conexiones con los vasos presentan, y no conocía de la entrada del aire mas que los relatos de los libros. Hace poco tiempo operábamos en el Hospital un grueso linfo-adenoma adherente de la fosa supra-clavicular derecha y parte inferior del cuello, y hubo de seccionarse de un tijeretazo la yugular externa: un silbido estridente metálico llamó la atención de todos los asistentes. Inmediatamente mi distinguido amigo y notable Cirujano el Dr. Bellver, que me ayudaba, tapó con su dedo el extremo central del vaso seccionado, que bien pronto fué ligado, así como el cabo periférico. El enfermo tuvo un poco de agitación respiratoria, un poco de cianosis que obligó á suspender un momento la cloroformización, practicando la presión expiratoria, como aconseja Trèves, sobre la caja torácica. Confieso que de momento me impresionó el accidente, más que por el estado del enfermo, que continuaba siendo satisfactorio, por los relatos terroríficos que afortunadamente, y por esta vez, no tuvieron para el operado confirmación desagradable. Sin duda, esta entrada del aire en las venas necesita de una revisión científica y deben intervenir otros factores ó circunstancia que hacen que las perturbaciones cardio-pulmonares sean tan variables. Nuestro ilustrado amigo, el excelente clínico Dr. Chabás, que asistió á esa operación, nos refirió el hecho bizarro de una inyección masiva de aire en el interior de la mediana basilica, practicada equivocadamente al hacer un lavado de la sangre, y que sólo fué acompañada también de débiles alteraciones respiratorias.



La clínica y la química en las gastropatías

Por el Dr. Francisco Reig

Algunas consideraciones hechas en un artículo publicado en estos ANALES (1) por un querido y distinguido compañero, son el motivo del presente, para darle mi modesto y muy sincero parabién y también para hacer por mi cuenta alguna ligera observación á deducciones sentadas en dicho bien escrito trabajo.

Cierto es que el laboratorio ha dado, da y puede añadirse que indudablemente dará un auxilio eficacísimo y casi decisivo en algunas ocasiones á la Medicina, con sus constantes

(1) Véase el núm. 4, de Abril de 1911.

descubrimientos aplicables al diagnóstico, bastantes veces al pronóstico y muchas al tratamiento de las diversas especies nosológicas, no sólo porque en gran número de casos nos permite hacer un diagnóstico con gran rapidez y en otros nos aclara dudas, sino que también nos sirve de avanzada que indica algún síntoma, cuya aparición aclara ó entenebrece (según los casos) el pronóstico y también nos ofrece productos cuya aplicación en el tratamiento de las enfermedades, no por modernos hemos de mirarlos con cierto desdén. Téngase en cuenta que á medida que esta ciencia, auxiliar de la Medicina, ha ido dándonos nuevos datos, han podido ir estableciéndose nuevos grupos en las enfermedades, no sólo basados en un criterio químico, sino que por no poder explicarnos antes ciertas diferencias que conceptuábamos no esenciales, hacía que permanecieran agrupadas indebidamente.

En gastro-patología ha ocurrido esto en gran manera, pues si antes de llegar al estado actual no se conocía de estas enfermedades mas que la dispepsia hiper ó hipoclorhídrica, la úlcera y la dilatación gástricas, y se les asignaban una cierta (equivocada por cierto) relación de dependencia, era sólo por la cronicidad de dichas enfermedades en unos casos, y en otros se hacía intervenir la herencia, sobre todo, cuando se trataba del cáncer gástrico, enfermedad ésta que se diagnosticaba las más de las veces, cuando aparecían los infartos ganglionares y los vómitos, poso de café; pero al practicarse los análisis del jugo gástrico con la minuciosidad y detalles que actualmente se hace, se puede comprobar, aparte de la mayor ó menor cantidad de ácido clorhídrico, la existencia ó ausencia en él de moco, dato digno de tener en cuenta para explicarnos ciertos síntomas que nos revela la clínica y hacer ciertas predicciones respecto á la posible aparición de la úlcera gástrica, la existencia ó ausencia total de pepsina, pudiendo así establecer separación entre las diferentes enfermedades; y hasta en aquellos casos en los que los síntomas gástricos no son sino reflejo de un estado general, ha podido, teniendo en cuenta los síntomas tanto generales como locales que nos ofrece la clínica, no sólo dirigir el tratamiento exclusivamente al padecimiento gástrico, sino que, auxiliándose también del análisis de la orina, modificarlo en consonancia con el modo particular de reaccionar el estómago ante los diferentes alimentos y medicamentos y hasta la vía y forma de administración de estos últimos.

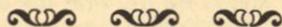
Desde luego que debe siempre preceder el examen clínico al químico, pues no debemos olvidar lo que nos dice Robín (1): «la química será una mala madrastra de la clínica, pero una muy excelente señorita de compañía de la misma», es decir, que á ella deberemos recurrir para ratificar ó rectificar algún concepto que en la clínica hayamos formado dudoso ó que creamos equivocado, porque aparte de las funciones de motilidad que puedan alterarse en más ó en menos, produciéndose la retención gástrica ó la hipersecreción, hemos de ver también si el máximum de secreción corresponde al que se produciría si estando aquel estómago en condiciones normales le hiciésemos digerir igual comida de prueba, para en su caso acortar ó aumentar el tiempo que dejamos transcurrir entre la ingestión de la comida de prueba y su extracción; y no sólo esto, sino investigar la cantidad de cloruros que se ponen en libertad y si guardan la debida relación con los que se eliminan también por la orina; para comprobar también la presencia, disminución ó ausencia total de pepsina; para que en caso de hiperacidez saber si es ésta debida al ácido clorhídrico ó á los ácidos de fermentación; y si bien actualmente no se les concede la capital importancia

(1) ROBIN. *Les maladies de l'estomac*. 1900.

que no ha muchos años, cuando hay ácido láctico, además de otros trastornos en la composición del jugo gástrico, puede darse interpretación á ciertos datos que nos proporciona la clínica y que nos hacen pensar en la existencia de una neoplasia; de manera que no interrogamos al resultado del análisis para que nos dé el diagnóstico, sino que lo estudiamos para ratificar el diagnóstico que hubiésemos formado por la exploración clínica ó nos aclare dudas, que en más de un caso las tenemos desgraciadamente, viniendo en resumen los datos químicos á formar parte de la clínica, no que ésta se supedite á aquélla, y así no nos extrañará que en algunos casos en los que haya hiperacidez clorhídrica, pueda no aquejar sufrimientos el enfermo, teniendo en cuenta que en la función gástrica no sólo intervienen glándulas, sino también vasos, músculos, nervios, elementos todos que integran la víscera gástrica y que responden cada uno á su manera cuando el estómago experimenta las diferentes sensaciones.

¡Cuántas veces la clínica no puede darnos datos suficientes para ponernos con seguridad sobre la pista de un padecimiento, y de saberlos podrían plantearse tratamientos que por la prontitud en su aplicación darían cuenta de la enfermedad y conservarían una existencia! Con una sola vida que consiguiéramos salvar, estaría justificado el empleo de cuantos medios auxiliares de la clínica se conozcan ó puedan conocerse; y en este sentido, á pesar de que la clínica nos dé datos concretos y precisos, más seguro será nuestro diagnóstico si viene avalorado por la ratificación del laboratorio.

Mayo 1911.—Valencia.



Sesiones Científicas del Instituto Médico

SESIÓN APOLOGÉTICA DEL 31 DE MARZO DE 1911

Bajo la presidencia del Dr. D. Manuel Candela y con asistencia de señores Representantes de Autoridades y Corporaciones de Valencia, se celebró el 31 de Marzo una sesión Apologética, en honor del sabio maestro de esta Escuela de Medicina Dr. D. Julio Magraner Marinas.

El ilustrado socio del Instituto D. Joaquín Vila Belda, leyó una bien escrita biografía del Dr. Magraner, en la que puso de manifiesto las indiscutibles y relevantes condiciones que como pedagogo y como clínico adornaban la personalidad del biografiado, honra y prez de la Escuela Médica Valencina.

El *Instituto Médico*, que tuvo la honra de contar como uno de sus más estimados é ilustrados socios al querido Dr. Magraner, no puede dejar de unir su felicitación á las muchas recibidas por el Dr. Vila Belda, en el acto de la solemne sesión Apologética, por haber acertado en el retrato moral y científico del maestro de tantas generaciones de profesores valencianos.

SESIÓN DEL DÍA 28 DE FEBRERO DE 1911

Discusión del Tema presentado por el Dr. Vila Barberá, en la Sesión celebrada el día 21 del mismo mes

Bajo la presidencia del Dr. D. Manuel Candela, se abre discusión, haciendo uso de la palabra, en primer término, el Dr. Chabás Bordehore.

Se ratifica en la idea del escaso valor docente de las conferencias; prefiere leer á oír, lo escrito á lo hablado, y por eso será breve su intervención ahora, y breve además, porque respecto á los principales puntos que abarca el vasto tema tratado por el Dr. Vila, ya ha expuesto ampliamente su opinión en trabajos recientemente publicados. No hablará, pues, de la predisposición, ni de la herencia, contra las que se ha pronunciado en el trabajo recién publicado que leyó en el pasado Congreso de la Tuberculosis de Barcelona. Por consiguiente, no cree en el valor de las deducciones que á ese respecto hace el Dr. Vila en su estadística. En materia de etiología, también se separa de la hoy más admitida, y cree, según ha expuesto ya en varios Congresos de la especialidad, que la teoría Ferrán es la más racional.

En varias monografías que tiene publicadas sobre tratamiento de la tuberculosis ha razonado ampliamente su opinión, de la que sólo referirá, en síntesis y á título de brevísimo comentario á lo que practica el Dr. Vila, lo siguiente: 1.º Así como en todo lo fundamental es deficientísimo el concepto del proceso tuberculoso, así también en su tratamiento, cabe decir, que se carece de uno sistemático ó propio, pudiendo ser útiles todos los recursos de la terapéutica para de modo indirecto, en lo coadyuvante á la lesión pulmonar, ó de modo más ó menos directo, aliviar ó curar al tuberculoso; 2.º Que no cuadra el nombre de específico al empleo de la creosota, fosota ni tuberculina de Marechal (que él no usa), ni al gomenol, paratoxina, etc., siendo incompleto el de la tuberculina, de la que no hablará á pesar del tiempo y número de casos en que la usa, porque cree que sólo después de años y de centenares de casos, cabe hablar útilmente de algo nuevo ó de datos definitivos; 3.º Que con el tratamiento higiénico solo, se deja de socorrer al tuberculoso en lo mucho que puede favorecersele; no cabe ser tan exclusivistas como aparece el Dr. Vila; así á título de agente farmacológico que puede en algún momento aliviar, uno de tantos, el bicarbonato sódico—por ejemplo,—neutralizando el exceso de acidez gástrica que molesta al físico, le procura una calma que no es desechable; cosa análoga podría decirse de otros infinitos recursos, á los que no puede sin embargo titulárseles antifímicos, pero que pueden ser útiles en los infinitos y variadísimos aspectos y momentos de la enfermedad; 4.º Que la sobrealimentación carece de lógica y es origen de grandes perjuicios, siendo engañoso criterio el de juzgar la mejoría por el peso aumentado.

Por determinadas condiciones del material ofrecido por el Dr. Vila Barberá, deja de hacer el análisis de sus historias clínicas, y creyendo desacreditado é improcedente el discurso, ofrece á los oyentes sus trabajos publicados, en vez de disertar ahora—reproduciéndolos—sobre cualquiera de los no concretos puntos del vasto tema que se discute.

A continuación hace uso de la palabra el Dr. A. Oliete.

Dice que suscribiría las conclusiones del Dr. Vila Barberá, pues está persuadido, por su experiencia en tuberculosis externas, que aquellos casos sometidos á cura higiénica

(estancia al aire libre, en playa ó en montaña), la curación es fácil y relativamente rápida.

Cierto es que en los procesos llamados tuberculosos osteo-ortoculares, tratados como es de ley, según el método conservador, no se omiten los medios ortopédicos, que cuidan de la actitud y del reposo de la región afecta, pero con ellos, en las urbes, en que el enfermo respira el aire tasado y recibe el sol á dosis refractas, el tratamiento es penoso, accidentado y largo.

En este aspecto del tratamiento, el acuerdo es unánime, y así lo proclama una de las conclusiones votadas por las secciones quirúrgicas del último Congreso internacional de la tuberculosis que tuvo lugar en Barcelona.

Ahora bien, una exclusión tan radical como el Dr. Vila hace de los medios farmacológicos en la terapéutica de la tuberculosis, él no la suscribe. Medicamentos hay tónicos, y modificadores de la nutrición, que hicieron siempre sus armas con fortuna y que tienen una brillante historia; conforme con que ellos no basten, pero es necesario no excluirlos, pues son muchas las ocasiones en que al medio higiénico hay que auxiliarle, al menos en los comienzos de la fase terapéutica.

Respecto á los remedios llamados específicos, tuberculina especialmente, dice no tiene experiencia, pero debe declarar que se ha resistido á usarlos por no haberle convenido los fundamentos en que basan su acción terapéutica.

El Dr. Faustino de Fez discrepa de la afirmación sentada por el Dr. Vila Barberá de que ningún tratamiento actual aventaja en la terapéutica de la tuberculosis al higiénico-sintomático, y como quiera que su experiencia tuberculino-terápica es todavía corta, se cree autorizado á recurrir á la experiencia ajena al ocuparse de este moderno método curativo.

A este propósito, cita las estadísticas de Pottenger, Denis, Ruch, etc., altamente favorables á la tuberculoterapia, y hace resaltar además, como hecho complementario y confirmativo de la justificada aceptación de aquélla, el que en los Sanatorios alemanes para tuberculosos, cada vez se vaya generalizando más la aplicación de aquel método terapéutico, con resultados que proclaman elocuentemente su superioridad sobre todos los demás conocidos.

Tras breves consideraciones acerca del diagnóstico precóz de la tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto, y de hacer constar la inocuidad é importancia del diagnóstico específico, expone lo que debe entenderse por curación artificial, y las semejanzas existentes entre el proceso de curación natural y espontánea en la tuberculosis, y el conseguido con el tratamiento tuberculínico, para él verdaderamente específico.

Por último, esboza los fundamentos de la tuberculoterapia, basada en los procesos ó fenómenos de la mitridización y de la hiperhemia local, recordando de pasadas las doctrinas fagocitarias, de las opsoninas y de fijación del complemento, que tanto esclarecen el mecanismo de la curación y del curso del tratamiento específico.

Hace uso de la palabra á continuación el Dr. Llisterri Ferrer.

El Sr. Llisterri dijo que iba á reforzar algunos de los argumentos expuestos por el señor Fez, fundándose en el estudio hecho de las Historias clínicas presentadas por el señor Vila Barberá.

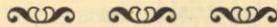
Se ocupa con detenimiento de éstas, detallando algunas y deduciendo que se trasluce el expticismo farmacológico por el tratamiento variado á que han sido sometidos algunos enfermos.

Defiende el Tratamiento higiénico, pero no como exclusivo, sino como firme pedestal en que ha de apoyarse el edificio terapéutico contra la tuberculosis.

Reseña los casos tratados por el conferenciante con tuberculina, para deducir que unos han sido tratados poco tiempo (el que más tres meses), y en otros no estaba perfectamente indicado dicho medio de tratamiento, aparte de no haber usado mas que la tuberculina antigua de Koch, que es la menos eficaz, cuando hoy emplean todos los fisiólogos alemanes (que es donde más se usa dicho remedio), la E. B. ó emulsión bacilar y la tuberculina sensibilizada.

De todo lo expuesto concluye que no estaba autorizado el Sr. Vila para sacar conclusiones en contra de dicho remedio que, empleado con constancia y oportunamente, cree el Sr. Listerri que es el único con que hoy contamos para luchar contra dicha afección.

El Dr. Perales pidió que se le reservase la palabra para la sesión próxima, y se levantó la sesión á las ocho y media.



REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA GENERAL

Las reacciones generales de origen cólico (*estudio clínico*.—LOUIS MARRE. (Thèse Paris, 1910.)

Bajo este título el autor ha estudiado las perturbaciones morbosas transitorias, con localizaciones y caracteres diversos, según el sujeto (pero adoptando generalmente el mismo tipo en un sujeto dado), en las que un criterio clínico ó terapéutico permite descubrir su origen cólico.

Estas perturbaciones se observan casi exclusivamente en individuos nerviosos y afectos de trastornos intestinales.

El autor describe muchas *formas clínicas* de estas reacciones cólicas.

1.º *Crisis en forma de indigestión simple*.—En el curso de un antiguo estreñimiento ó recientemente acentuado, la crisis comienza bruscamente, en medio de la comida ó durante la noche; se traduce por los fenómenos ordinarios de una indigestión, vómitos, dolores abdomina-

les, necesidad imperiosa de defecar, que termina con una *débâcle* fecal. Las deposiciones, y éste es un carácter importante, no son heces diarreicas verdaderas, sino heces pseudo-diarreicas. La evacuación intestinal va rápidamente seguida de una sedación, y la crisis no dura más de cuatro ó cinco horas.

2.º *Crisis en forma de indigestión grave*.—En esta forma, los accidentes intestinales son ligeros, pero las reacciones nerviosas son muy marcadas. Se observa, según los casos, la simple lipotimia pasajera, algunas veces el síncope verdadero y prolongado, y en ocasiones, aunque excepcionalmente, el síncope mortal.

Las pequeñas crisis pueden confundirse con la epilepsia larvada, y los síncope suelen referirse erróneamente á una afección cardio arterial; en fin, las grandes crisis pueden confundirse con una embolia ó una hemorragia cerebral.

3.º *Crisis en forma de digestión con vómitos paroxísticos*.—En estos casos sobrevienen vómitos periódicos consecutivamente á una fase de estreñimiento prolongado, acompañados de dolores abdominales y de crisis pseudo-diarreicas.

A estas tres formas principales, el A. añade algunos *equivalentes clínicos* que se presentan bajo aspectos variados; *crisis de angina de pecho* (falsa), *crisis de angustia nocturna*, *dolores gástricos*, etc.

Finalmente, se presentan *crisis completas en el curso de un estado cólico* permanente, simulando la *apendicitis*; estas formas pseudoapendiculares son difíciles de reconocer antes de la operación.

El *pronóstico* inmediato de estas reacciones cólicas es generalmente bueno; son más inquietantes que graves; pero el pronóstico ulterior no deja de tener gravedad, porque, no reconocidas ó mal tratadas, conducen á graves perturbaciones intestinales crónicas, y crean un estado importante de desequilibrio nervioso.

Diagnóstico.—El origen cólico en las crisis se demuestra:

1.º Por la existencia constante de un período de estreñimiento previo.

2.º Por la concomitancia, igualmente constante, de una ó muchas crisis diarreicas, que unas veces inician el comienzo, otras el fin de la crisis, y que hay que saber distinguir de la verdadera diarrea.

3.º Accesoriamente, por la existencia de un estado espasmódico más ó menos acentuado del intestino grueso.

4.º Por la rápida eficacia de un tratamiento adecuado al estado intestinal.

Las *reacciones* cólicas tienen una *patogenia* compleja, en la que figuran, entre otros factores, la predisposición nerviosa del sujeto, la intoxicación lenta consecutiva al estreñimiento y la intoxicación masiva y brusca que puede producirse al comienzo de una crisis.

El *tratamiento* se fundamentará en estos datos patogénicos y deberá combatir los diferentes factores causales; en el curso de la crisis la terapéutica será puramente sintomática.

La radioscopia gástrica, utilizada para el diagnóstico de la apendicitis.—G. LEVEN. (*Soc. de Thérap. de Paris.—Bull. gén. de Thérap.*, número 181, 1909.)

Los datos que suministra la radioscopia gástrica están llamados á transformar las nociones

concernientes á la forma y relaciones del estómago, tan completamente como los datos relativos á la fisiología y á la patología de esta víscera. Con la colaboración del Dr. G. Barret ha podido proporcionar, desde hace siete años, pruebas numerosas é indiscutibles de estas aseveraciones.

El hecho sobre que desea llamar la atención hoy, es una prueba nueva que añadir á las que se han establecido. El examen radioscópico de los enfermos tratados por una apendicitis crónica demuestra á menudo que estos enfermos son simplemente dispépsicos que presentan síntomas pilóricos más ó menos acentuados, más ó menos persistentes.

La localización, dolorosa, precisa, constante en el punto de Mac Burney, confirmaba, sin embargo, el diagnóstico clínico de apendicitis crónica.

Pero el examen de un gran número de estos enfermos prueba, gracias á la radioscopia, que se trataba de sujetos que tenían un estómago alargado, desviado de tal manera, que la región pilórica llegaba al punto de Mac Burney.

El dolor, provocado ó espontáneo, localizado en el punto de Mac Burney, es un dolor pilórico y no un dolor apendicular. La demostración de esta opinión se basa en el hecho de que estos enfermos curan cuando se les trata como dispépsicos, que presentan reacciones pilóricas.

Se funda, además, en un segundo hecho, cual es que la ablación del apéndice no los cura ni aun suprime el dolor en el punto de Mac Burney. Sin la radioscopia, ¿se hubiera pensado que el píloro tenía á veces una situación tan diferente de la que le atribuyen los anatómicos?

Esta situación no puede ser demostrada por la percusión, por hábil que sea la mano que la ejecute. No hay que contar con los signos clásicos—pero inexactos—de la dilatación en estos enfermos, porque su estómago no está á menudo dilatado, á pesar de este alargamiento y de esta desviación.

Apoya en cientos de exámenes la opinión de que ciertos estómagos normales, desde todos puntos de vista, exceden y rebasan notablemente del ombligo; se encuentran con frecuencia hasta varios centímetros por debajo de él sin estar dilatados.

Relativamente á las indicaciones referentes

á la forma normal del estómago, tal como nos la presenta el examen radioscópico, puede decirse de una manera general que tiene la forma de una media, cuyo cuerpo desciende por completo verticalmente al hipocondrio izquierdo, y cuyo pie, más ó menos perpendicular al cuerpo, se dirige hacia la línea media, á la que llega ó rebasa. El cuerpo de la media, siguiendo la comparación empleada, está coronado por una porción ensanchada (vértice de la gran tuberosidad) subyacente al diafragma.

La razón de ser de este ensanchamiento es la acumulación en esta región de los gases contenidos en el estómago. Cuando el estómago está lleno con el líquido gomoso que contiene bismuto, utilizado para sus exámenes, el contenido gástrico parece negro, y la zona clara que le corona (cámara de aire) se presenta bajo el aspecto de la bola de marfil que se utiliza en algunos puntos para zurcir la media.

Como el estómago llega y pasa á menudo del ombligo, como el ombligo tiene una situación infinitamente variable, se ve que esta anatomía nueva del estómago vivo transtorna nuestra vieja anatomía y un poco también la patología.

Contribución á la Seroterapia etiológica en la fiebre tifoidea. — KRAUS Y STENITZER. — *Wien. Kl. Wochen*, núm. 41. (Extractado de la *Biochimica e Terapia Sperimentale*, fascículo II, 1910).

Según trabajos practicados desde 1909, los AA. consiguieron obtener con extractos de bacilo tífico, un suero dotado de propiedades endotóxicas. A continuación tuvieron ocasión de comprobar la eficacia de este suero antitífico, durante una epidemia desarrollada en Adelsberg, en un regimiento de Infantería. De 98 casos de tifoidea, se trataron 33 casos graves con la sueroterapia, de los cuales, murieron cuatro que se encontraban ya en estado desesperado al comenzar el tratamiento, mientras que los restantes curaron á pesar de haberles sobrevenido algunas complicaciones (parotiditis purulenta, trombosis venosas, broncopneumonías, etc.) en el curso de la dolencia. El suero fué aplicado á las dosis de 20 á 40 c. c. por vía subcutánea abdominal,

suspendiendo contemporáneamente el uso de antipiréticos y la cura hidroterápica. En algunos casos rebeldes, se repitió la inyección de suero ocho días después de la primera.

En vista de los buenos resultados obtenidos con este primer ensayo de sueroterapia antitífica en el hombre, los AA. volvieron á usarlo en otra epidemia desarrollada en Kermannstadt, durante el invierno 1908-1909. Fueron tratados 32 tíficos recluidos en el Hospital Civil. El suero nunca produjo malos resultados secundarios, hasta el punto de que puede emplearse por vía endovenosa, y siempre se comprobó su eficacia curativa.

Los resultados hasta hoy obtenidos, autorizan á los autores á las conclusiones siguientes:

El veneno que se extrae de los bacilos de Eberth, puede, gracias á sus propiedades antigénicas, determinar la producción de anticuerpos en animales á propósito, inmunizados con el mismo. El suero de estos animales es capaz de neutralizar el veneno tífico en los animales sensibles. Este suero inmunizante puede ser aprovechado con provecho en la infección tífica humana, á las dosis de 20 á 40 c. c.; no da origen á la producción de perturbaciones secundarias, y su aplicación va seguida, al cabo de algunos días, de descenso térmico, aunque la enfermedad se encuentre en el período de ascenso, lo cual habla en favor de propiedades neutralizantes en dicho suero.

J. AGUILAR JORDÁN.

CIRUGÍA GENERAL

Un cas de pericardite tuberculeuse à grand épanchement sero-hématique traité par la pericardiotomie sans drainage. — M. JACOB. (Soc. de Chir. de Paris, 22 Febrero 1911).

Trátase de un mozo de café, de 23 años, admitido en el hospital de Val-de-Grace por presentar perturbaciones cardíacas.

Fenómenos clínicos; traquicardia (180 pulsaciones por minuto) y aumento notable de la concha cardíaca apreciado en radioscopia. Con estos datos el Dr. Chavigny afirma tratarse de

un derrame pericardítico voluminoso y lo envía al Dr. Jacob para que sea operado.

Este doctor comprueba el diagnóstico y practica varias punciones exploradoras, todas con resultado negativo. Decide practicar la pericardiotomía con anestesia local cocaínica por el grave estado en que el paciente se encuentra, que no permite el más leve decúbito. Para ser breve, acepta el Dr. Jacob el proceder de Ollier, que solamente reseca el 5.º cartílago costal y queda por esto una abertura muy limitada; esto no obstante, el pericardio pudo abrirse en una extensión de tres centímetros. Al pronto, apenas si cuando fué incindido el pericardio, salieron unos cuantos centímetros cúbicos de líquido serohemático; pero al introducir una cánula acanalada, con la que elevó la punta del corazón, salió líquido de igual cualidad, que el operador evaluó en más de litro y medio.

Agotado el líquido, aspira con ventosa el aire que pudo introducirse en la cavidad y sutura herméticamente la incisión. El enfermo curó, no sin haber presentado antes una pleuresía en el lado derecho y luego otra en el izquierdo.

Trepanation crânienne décompressive par tumeur de la base.—M. ROBINEAU. (Soc. de Chir. de Paris, 15 Marzo 1911.)

La observación recae en un hombre de 31 años que padecía varios años de cefálea intensa localizada en el lado derecho, que fué más tarde acompañada de vértigos y de perturbaciones oculares.

El examen oftalmoscópico descubrió una neuritis óptica intensa doble, con surcos papilares sin hemorragia. Una punción lumbar demostró la falta de linfocitosis. El tratamiento mercurial no dió resultado alguno. Repetidas nuevas punciones lumbares, no dieron la menor mejoría. En tales condiciones, el A. decidió practicar una craneotomía en el lado izquierdo, pues el paciente diversas veces había presentado parias fugaces de la pierna derecha.

Empleó el método de Cushing y el paciente despertó de la anestesia hemipléjico y afásico, pero cuyos fenómenos desaparecieron rápidamente.

El resultado terapéutico fué muy satisfactorio, pues el enfermo se quedó libre de la cefálea y de los vértigos, y los transtornos visuales han mejorado notablemente.

El A. acepta la punción lumbar como medio diagnóstico, pero la juzga inútil como medio paliativo. En este sentido opina que debe practicarse la craneotomía, cuidando de hacerla recaer lo más cerca posible de la zona á que correspondan los fenómenos locales.

La actinomicosis primitiva del riñón.—M. ISRAEL. (Soc. Alem. de Cirug., 14 Nov. 1910).

El Dr. Israel ha operado de reciente, un Labrador de 60 años, ingresado en su servicio con todos los síntomas de un absceso perirenal. Con una incisión lumbo-abdominal, puso al descubierto una cavidad vastísima rellena de pus y de granos amarillos que rodeaba al riñón, y sobre la cara anterior de éste encontró un tumor duro y proeminente. Nefrectomía y curación con fístula.

Cortado que fué el riñón, se vió una actinomicosis localizada muy netamente á nivel de la substancia medular del riñón.

Influence de l'adrénaline sur la reparation osseuse et la consolidation du cal.—CARNOT Y SLAVES. (Soc. de Biol., 15-1910).

Los AA. han practicado sus experiencias en perros trepanados, á quienes suministraban hasta 6 miligramos al día. A los perros testigos igualmente operados se les privó de la medicación.

Afirman los AA. que en los tratados por la adrenalina el tapón óseo prendió fácilmente, la osificación fué rápida. Recomiendan los AA. la adrenalina para los osteomalácicos, dada la acción favorable que tiene sobre el proceso de osificación.

A. OLIETE.

OFTALMOLOGÍA

El «606» (salvarsán) en Oculística.—(De la *Clinique Oft.*)

El Dr. Cords acaba de dar un resumen sobre la literatura oculística del salvarsán, del que referiremos algunos casos interesantes.

La dosis empleada generalmente era de 0'40 gramos en los hombres y 0'30 en las mujeres, por vía intravenosa. De 0'70 á 1 gr. para hombres y 0'50 para mujeres, por vía intramuscular. En los neuróticos y niños, las dosis mucho más pequeñas.

Iritis sifilíticas.—Zeisel, Werther, Grosz, Lieskind, Gluck y Mac Donagh han obtenido una curación completa en casos de iritis, con adenopatía generalizada, reseola, cefalalgia nocturna, úlceras de las amígdalas, etc., en diez días. Igualmente Schanz, Wechselmann, Hesse y otros han visto desaparecer en seis ú ocho días, iritis graves con sinequias posteriores, exudado en la cámara anterior y trastornos del vítreo.

En cambio, Elschenig relata dos casos de agravación del proceso infeccioso.

Axenfeld, Cohn y Treupel han observado algunos casos, en verdad raros, de recidivas en el período de dos á tres meses.

Pero el número de casos favorables excede en mucho al de aquéllos en que se ha registrado un fracaso. Así, pues, es preciso ensayarlo donde quiera que se presente posibilidad.

Queratitis intersticial.—Wechselmann, Frenkel, Lindermayer, etc., han obtenido algunos vagos resultados positivos en individuos jóvenes; pero el movimiento general es marcadamente contrario al «606» para esta lesión. El profesor Ehrlich lo explica por la no vascularización de la córnea, lo que hace casi imposible la penetración del diaoxidiaminoarsenobenzol en este órgano.

Neuritis óptica é inflamaciones de la papila.—Neissen, Michaelis, Wechselmann, Mac Donagh, etc., son adeptos entusiastas del «606» en estas manifestaciones sifilíticas del ojo. Ex-tasis papilares por sífilis cerebral con cefálea, parálisis de la musculatura interna del ojo y

abolição total de la visión, tratadas por Hg. y el I K sin resultado alguno, han retrocedido rápida y totalmente bajo la influencia del salvarsán. El mismo aspecto favorable han visto estos oculistas en neuritis uni ó bilaterales, neuro-retinitis, neuro-corio-retinitis acompañadas de meningitis específica, cefálea y trastornos del vítreo. En todos estos casos, ni el Hg. ni el I K han dado resultado alguno, mientras que el «606» ha devuelto la visión casi *ad integrum*.

Oppenheim, Kowaleski, Finger, Hesse y Kille refieren casos en los cuales, después de un tratamiento por el «606» de una lesión sifilítica no ocular, han visto sobrevenir una neuro-retinitis, que retrocedió bajo la acción de los específicos clásicos; y se preguntan: si es ésta una recidiva de sífilis ó bien una intoxicación arsenical. Según Ehrlich, es con seguridad una nueva localización del espiroqueto, que no puede imputarse al «606». Aconseja una reinyección del medicamento para activar la esterilización completa del organismo.

En resumen: la opinión es más bien favorable.

Atrofia del nervio óptico.—Aquí la realidad ha superado los deseos del mismo creador del salvarsán. Son conocidos los temores expresados por Ehrlich en su célebre frase: «Abstenerse de los procesos atróficos». Sin embargo, Elschenig, Wechselmann, y sobre todo Hirsch, han obtenido con 0'50 gr. de salvarsán un aumento de la visión y un ensanchamiento del campo visual para los colores en caso de atrofia incipiente y progresiva con meningitis basilar concomitante. Es verdad que Schanz, Willig, Rieke, etcétera, no han sido tan afortunados en las atrofias, y Finger ha llegado á observar un caso en que el salvarsán ha dado un latigazo terrible á este desgraciado nervio óptico que empezaba solamente á palidecer. El Profesor Ehrlich, estudiando á fondo la observación, constató que el enfermo había sido tratado ya en 1902 por la arsacetina y el enesol en dosis masivas; estaba pues saturado de arsénico, por lo cual el «606» fué la gota que hizo desbordar el vaso y consumió el desastre.

Lesiones de la retina y la coroides.—Auschelick, Wechselmann, Grosz y en particular Hirsch, no tienen mas que alabanzas para la in-

tervención del «606» en casos en que los focos de coroiditis, de gomas retinianas ó arteriales dejaban ciegos á los enfermos. La acción del medicamento era, en cierto modo, heroica. En diez días todo vuelve á la normalidad, dejando solamente una leve cicatriz que no perjudica en nada la visión del enfermo. Es particularmente sugestiva la historia relatada por Hirsch. Se trata de un sifilítico terciario grave con gomas múltiples y arterio-esclerosis generalizada. Las paredes de los vasos retinianos están engrosadas y las pequeñas arteriolas parecen exangües. Después de 0'50 gr. de salvarsán, Hirsch tuvo la fortuna de observar las favorables modificaciones que se operaban progresivamente en la circulación retiniana, y el enfermo había mejorado considerablemente.

Finger, Nacht, Igersheimer y Hesse, por lo contrario, han asistido á un fracaso completo del tratamiento. Tres meses después de una inyección del «606» para una lesión no ocular, Finger ha constatado una coroiditis periférica con transtorno del vítreo.

Parálisis y paresia de la musculatura ocular.—Treupel, Hoffman, Nacht, P. Marie y Wibo han tratado, por el «606», con pleno éxito, parálisis y paresias de los músculos de la acomodación, del óculo-motor común, del recto externo, del elevador, etc. El ptosis, el estrabismo, la inmovilidad pupilar, la diplopia, todo ha desaparecido rápida y completamente bajo la desconcertante influencia de 0'60 gr. de salvarsán.

Gran número de autores han constatado casi infaliblemente la desaparición del Argyll-Robertson ó reflejo paradoxal metasifilítico después de un tratamiento por el «606».

Stern, Milian, Williage y Killer no han observado una mejoría notable por el «606» en el grupo de los ataques sifilíticos. Algunos, entre ellos, llegaron á ser testigos de una eclosión de lesiones que existían antes de la inyección.

Diversos.—Igersheimer ha obtenido buen resultado en un caso de gomas orbitarios con exoftalmía; también en la periostitis con Wassermann positivo, en los gomas del limbo corneal, la úlcera de la córnea, etc.

Terlik, en la ulceración primaria y terciaria de la conjuntiva.

Hesse, en la irido-esclerosis; Siegrist, en la

oftalmía simpática con cuerpos flotantes del vítreo.

En resumen: puede decirse con Rieke que el «606» proporciona éxitos en procesos sifilíticos de tipo *productivo*, pero no *degenerativo*. Contra este último es tan impotente como el iodo y el mercurio.

El «606» ante la crítica experimental y clínica.

—DR. IGERSCHEIMER. (*Munch. Med.-Woch.*, 1910, núm. 51.)

El análisis químico ha demostrado de manera indudable que los accidentes provocados por el atoxil, como son: la nefritis hemorrágica en el perro, paresias espasmódicas en el gato, atrofia del nervio óptico en el hombre, etc., son debidos á la molécula acidofenilarsénico que contiene. Importa, pues, saber si el «606», inyectado á dosis repetidas, puede también dar origen á esta combinación tóxica en la cual entra el ácido fenilarsénico. Los experimentos efectuados por el A., sobre el gato, no han permitido observar las mismas reacciones del sistema nervioso que habitualmente se encuentran con el atoxil, ni ninguno de los fenómenos tóxicos atribuibles al atoxil inorgánico. En el perro, la reacción atoxílica era negativa; pero después de fuertes dosis del «606» se manifestaron algunos síntomas de intoxicación arsenical. En el hombre, la integridad de la papila, después del tratamiento por el «606», muestra seguramente la no formación de los derivados fenólicos tóxicos á expensas del arsenobenzol, y que no tenemos que temer las consecuencias desagradables que generalmente acompañan al atoxil. Al contrario, la acción terapéutica del «606» sobre el ojo es muy notable. Algunas sfilis corneales desaparecían en dos á cinco días bajo la influencia de algunas inyecciones intravenosas ó subcutáneas del salvarsán. Los vasos que invaden la córnea se atrofian en tres días y es preciso una preparación microscópica para reconocerlos.

Para completar el estudio y penetrar en la intimidad misma de la acción, el A. ha tratado por el «606» córneas sifilíticas y no sifilíticas, con objeto de analizar en seguida la cantidad de arsénico existente en el órgano. En los conejos no específicos la investigación era negativa, y

en los sifilíticos positiva, tres veces entre cuatro. Así, pues, dice el autor, ó los tejidos sifilíticos se combinan con el atoxil, ó el espiroqueto está dotado de quimotaxis positiva para el arsénico. La no penetración del arsénico en el hemisferio posterior del globo ocular muestra una indiscutible ausencia de toda organotropía del aparato visual frente á este metaloide. Lo que hay de seguro es que «los tejidos neoformados, gracias á la irritación específica, como también el agente patógeno mismo, están combinados con el arsénico en combinación bienhechora para el organismo animal ó humano». Y esto es lo que se necesita.

Pero, no obstante, las lesiones corneales del hombre no se modifican por el «606», mientras que en el conejo la influencia es pronta y enérgica, lo que explica el A. por el hecho de que el espiroqueto se comporta de modo diferente en la córnea animal y en la humana. En el primero

el espirilo se localiza en los vasos pericorneales sobre todo, y muy poco en el parenquima mismo, que resulta lesionado secundariamente por falta de nutrición. La prueba reside en la pasmosa acción terapéutica del «606» sobre los vasos en toda queratitis parenquimatosa; en el hombre, la relación biológica del espiroqueto es en el parenquima corneano, que carece de vasos.

En resumen: la experimentación nos demuestra que nuestros tejidos en general, y el nervio óptico en particular, no son organotrópicos vis á vis del arsénico (en su combinación benzólica según la fórmula del «606»); que el espiroqueto ó los tejidos específicos son, por el contrario, quimiotácticos para el arsénico, con el que entran en combinación estable. El «606» es, pues, *bacteriótropo*, pero no *organótrofo*; el solo y único desiderátum de los terapeutas.

V. DOMÍNGUEZ ROCA.

VARIA

Sección de Medicina del Instituto

La sección de Medicina de este Instituto, formada por los Dres. Batllés, Presidente; Villanueva, Chinesta y Calatayud, Vicepresidentes, y Vila Belda, Secretario, ha acordado la celebración de un Congresillo durante el presente curso, habiendo elegido los temas y ponentes que á continuación se expresan:

Tema 1.º—La termo-penetración y sus aplicaciones clínicas.—Ponente: Dr. D. Celedonio Calatayud.

Tema 2.º—Tratamiento moderno de las afecciones crónicas del estómago y duodeno.—Ponente: Dr. D. Francisco Reig Pastor.

Tema 3.º—Vacunación y seroterapia anti-celérica.—Ponente: Dr. D. Juan Campos Fillol.

Tema 4.º—Concepto moderno de la acción

de las aguas minero-medicinales en el tratamiento de las enfermedades de la piel.—Ponente: Doctor D. José Llisterri Ferrer.

Tema 5.º—Estudio y valor clínico de las tuberculinas.—Ponente: Dr. D. Enrique Chinesta.

Tema 6.º—Estudios de fisio-patología del hígado en los niños de pecho.—Ponente: Doctor D. Joaquín Aguilar Jordán.

Tema 7.º—Contribución al estudio de la bacteroterapia intestinal.—Ponente: Dr. D. Rafael Pastor Reig.

Tema 8.º—Röntgenterapia de los fibromas uterinos.—Ponente: Dr. D. Celedonio Calatayud.

Tema 9.º—Disociación ponderal en los niños atróficos.—Ponente: Dr. D. Joaquín Vila Belda.

Estos temas se presentarán por escrito, y las conclusiones estarán á disposición de los se-

ñores Socios, en la Secretaría del Instituto, cinco días antes de la lectura del trabajo.

Para la lectura, discusión y rectificaciones, se tendrán en cuenta las condiciones y reglas generales de todos los Congresos.

Comisión de Higiene y Epidemiología del Instituto.

Después de la lectura de una Memoria del Presidente de la Sección Dr. Chabás Bordehore, entusiastamente encomiada por los señores concurrentes á la reunión y que no publicamos, por exceso de original, en el presente número de los ANALES, pero que daremos á conocer á nuestros lectores en el número próximo, quedó constituida la Sección por los siguientes Socios, encargados del estudio y desarrollo de los siguientes capítulos, que han de formar el llamado por el Dr. Chabás *Libro médico de Valencia*:

Presidente, Dr. D. José Chabás, *Pneumopatías y cardiopatías en Valencia*.

Vocales: Dr. D. Vicente Guillén Marco, *Climatología*.

Dr. D. Rafael Cervera Barat, *Vida escolar*.

Dr. D. Vicente Carsí, *Higiene urbana*.

Dr. D. Antonio Oliete, *Habitaciones*.

Dr. D. Joaquín Aguilar Jordán, *Demografía é Higiene infantiles*.

Dr. D. Vicente Domínguez Roca, *Enfermedades de los ojos*.

Dr. D. Tomás Alcober, *Tocología en Valencia*.

Dr. D. José Llisterri Ferrer, *Traumatología*,

Dr. D. Federico Julián Mira, *Hospitales y Casas de Socorro*.

Dr. D. Mariano Pérez Feliu, *Asilos y Penales*.

Dr. D. Vicente Peset Cervera, *Subsistencias*.

Dr. D. José Sanchis Bergón, *Neuropatología*.

Dr. D. Francisco Jimeno Márquez, *Gastroenteropatías*.

Comisión de Cirugía del Instituto

Como quiera que esta Sección, á pesar del tiempo transcurrido desde que se inauguró el curso científico, no está todavía constituida, no podemos dar á conocer á los lectores de los ANALES, los nombres de los Señores que la han de formar, ni de los alcances de la labor científica que ha de desarrollar la Sección en el presente curso.

En la última sesión del Primer Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, celebrado en Madrid el pasado mes de Abril, se acordó celebrar el segundo en Valencia el año 1913, designando por unanimidad para presidir sus tareas al Catedrático de esta Facultad de Medicina y ex Presidente del *Instituto Médico Valenciano*, Dr. D. Enrique López Sancho, que se propone imprimir gran actividad á los trabajos de organización, con objeto de que este Congreso no desmerezca del anterior en brillantez é importancia.

El Instituto felicita cordialmente á su antiguo Presidente por tan honrosa y merecida distinción.

Avisos de Corporaciones

La Real Academia de Medicina de esta Ciudad abre un concurso para la provisión de una plaza vacante de Académico numerario de la Sección de Cirugía.

Los aspirantes podrán dirigir las solicitudes al M. I. S. Presidente de la misma, en el término de 15 días, á contar desde el del anuncio en el Boletín Oficial de la provincia, acompañando relación documentada de sus títulos, méritos, servicios y trabajos originales publicados.